

㊟ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 年 月 日

長 瀬 町 長 様

住 所 長瀬町大字 番地

氏 名 ㊟

☎ ()

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏 名			市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日		記 号 番 号	
	外 来	年 月分 外来日数 日		名 称	☎ (- -)

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

			入院	日	外来	日
領 収 書						
¥ _____						
ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)―入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤一部負担金は含まない―						
保険診療総点数		点		他法負担分点数		点
年 月 日						
_____ 様						
医療機関等所在地(住所)						
名 称						
氏 名						
㊟						

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

※領収書の貼付は裏面をお願いします。

処 理 欄	受付	年 月 日	通知	年 月 日	支払	年 月 日
	保険診療一部負担金		高額療養費		附加給付	条例第6条自己負担金
	円		円		円	円
					支給額計	円